



Allgemeine Anamnese für Erwachsene

Name: Vorname: Geb.:

Leiden oder litten Sie an folgenden Erkrankungen? Bitte ausführliche Angaben **Ja** **Nein**

- 1. Herzerkrankung?
 - a. Ist eine Antibiotikaabschirmung notwendig?
 - b. Liegt ein Herzpass vor? Bitte mitbringen
- 2. Nierenerkrankung?
- 3. Lebererkrankung?
 - a. Leberentzündung: Hepatitis?
- 4. Diabetes?
- 5. Schilddrüsenerkrankung?
- 6. Zöliakie oder andere Stoffwechselerkrankung?
- 7. Magen-Darm-Erkrankung?
- 8. Lungenerkrankung oder chronische Bronchitis?
- 9. Schnarchen Sie?
- 10. Schlafapnoe?
- 11. Osteoporose?
- 12. Tuberkulose?
- 13. Epilepsie? Wann war der letzte Anfall?
- 14. Spastik oder verändertem Muskeltonus?
- 15. Arthritis oder andere Gelenkerkrankung/Rheuma?
- 16. Sind Sie auf einen Rollstuhl angewiesen?
- 17. Geistige Behinderung oder geistige Verzögerung? Syndromale Erkrankung?
.....
- 18. Bestehen psychologische Erkrankungen?
- 19. Sind Sie in psychologischer Behandlung?
- 20. Autismus-Spektrum-Störung?
Falls ja, wäre es gut, vorab einen Telefontermin mit Frau Trapp zu vereinbaren.....
- 21. ADHS?
- 22. Hörprobleme oder Taubheit? Tragen Sie ein Hörgerät?
- 23. Sehschwäche oder Blindheit?
- 24. Bluterkrankung? Bluten Sie länger als üblich?
- 25. Tumorerkrankung?
- 26. Hatten Sie eine Organtransplantation?
- 27. Asthma?
- 28. Allergien? Allergiepass vorhanden? Bitte mitbringen
.....





29. Besteht eine Penicillinallergie?
30. Besteht eine Allergie gegen Milcheiweiss (Kasein)?
31. Nehmen Sie regelmässig Medikamente oder Nahrungsergänzungsmittel ein?
-
-
-
-
32. Mussten Sie in den letzten Wochen Medikamente einnehmen?
33. Sind Sie schwanger?
-
34. Rauchen Sie oder konsumieren Sie andere Tabakerzeugnisse wie zum Beispiel E-Zigarette, Snus etc.?
- a. Wie viele Zigaretten rauchen Sie am Tag/ wie häufig konsumieren Sie Tabakprodukte?
35. Trinken Sie regelmässig Alkohol?
- a. Wie häufig trinken Sie Alkohol?
36. Nehmen Sie Drogen?
37. Andere oben nicht erwähnte Krankheiten oder Symptome?
-
-

Ich erkläre mich einverstanden, dass Daten oder Befunde meiner Krankengeschichte inkl. Röntgenbilder oder Fotos, deren Kopien oder Ausdrücke für medizinische Zwecke anderen Medizinalpersonen mitgeteilt oder auf Anfrage zugestellt werden können. Diese Personen unterstehen ebenfalls der ärztlichen Schweigepflicht.

Ort, Datum

Unterschrift

